FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GEORGES FINZI

Né le 9 septembre 1898 à Sousse (Tunisie)

Ancien Externe des Hôpitaux

La Péricolite fruste à douleur localisée de l'hypocondre gauche

Président de Thèse : M. le Professeur A. GOSSET

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic[le].
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic[le]
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic[le].
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG..	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie

MM.	
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic[le]
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic[le].
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic[le].
MONDOR.....	Pathologie chirurgic[le].
MOURE.....	Pathologie chirurgic[le]
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Clinique ophtalmologiq

V. - CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON CHER PERE

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection infinie.

A MES FRERES CHARLES ET ADRIEN

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR EDOUARD LUMBROSO

A MON ONCLE ET TUTEUR

LE COMMANDEUR EUGENIO LUMBROSO

Qui eut pour nous les bontés d'un père.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Paris.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.-A. GUTMANN

Assistant Médical de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière,

Qui fut un de nos premiers Maîtres, en nous préparant à l'externat, nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé à la réaliser, en témoignage de notre bien vive reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Professeur QUÉNU (Hôp. Cochin 1917-1918);

M. le Professeur agrégé TUFFIER (Hôp. Beaujon 1918);

M. le Professeur RÉMON (Hôp. Necker 1918-1919);

M. le Professeur agrégé LELORIER (Hôp. de la Pitié 1920) ;

M. le Professeur MARFAN (Hôp. Enf.-Assistés 1920) ;

M. le Docteur CHIFFOLIAU (Maison Dubois, externe en 1920-1921);

M. le Docteur FLORAND (Hôp. Lariboisière, externe en 1921-1922) ;

M. le Docteur ENRIQUEZ (Hôp. de la Pitié 1919, et externe 1922-1923),

Qui fut notre meilleur Maître en Clinique et nous prodigua les marques de sa bienveillance.

M. le Professeur OKYNCZYC (Hôtel-Dieu, externe 1923);

M. le Professeur LEGUEU (Hôp. Necker, externe 1924)

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON DURAND;

LE DOCTEUR CARRIE ;

LE DOCTEUR FOUQUIAU;

LE DOCTEUR WOLFFROM.

INTRODUCTION

L'histoire des inflammations péricoliques est une histoire assez récente. Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que des travaux nombreux ont apparu sur les péricolites.

Pendant fort longtemps la pathologie chirurgicale du gros intestin se résumait en ces deux termes : néoplasme et appendicite, et l'attention était à ce point fixée sur l'appendicite que lorsqu'on observait une inflammation sur le trajet du gros intestin, ce ne pouvait être que l'œuvre de l'appendice émigré en cette partie, sans qu'il soit du reste nécessaire pour personne de retrouver l'appendice coupable pour justifier cette hypothèse.

Laissant de côté l'appendicite et la périty phite, Mayor, de Genève, en 1893, entrevoit l'inflammation de l'S iliaque et dénomme la sigmoïdite, en fait une entite clinique en apportant plusieurs observations de sigmoïdite simple et de sigmoïdite compliquée de périsigmoïdite.

Régnier, dans sa thèse de Lyon 1898, défend les idées de Mayor.

Depuis lors, de nombreux travaux apparaissent et se succèdent sur la périsigmoïdite.

En 1904, Lejars en fait un exposé remarquable dans un article de la Semaine Médicale.

En 1906, Michaux, en une communication à la Société de Chirurgie, signale le premier un cas de périsigmoïdite suppurée.

Saillant, en 1906, inspiré par Michaux, fait une classe spéciale de périsigmoïdite d'origine extra-intestinale, survenant chez les accouchées, ou avortées, ou chez des femmes atteintes de lésions annexielles.

Puis plusieurs auteurs, tant Français qu'étrangers, consacrent de longs articles toujours sur la péricolite de l'S iliaque (Robinson Byron, de Chicago, en 1907; Albech, en Allemagne; Ravison Remigton, en 1908; Guillaume, de Tours, dans les Archives Chirurgicales de Province, en 1909). Burlaton, en 1920, en une remarquable thèse, reprend tous ces travaux.

Ainsi qu'on l'a fait remarquer avec raison, les localisations cœcales et sgimoïdiennes sont les plus fréquentes. Par contre, les inflammations péricoliques du transverse et des angles sont au contraire assez peu étudiées.

Dans ces dernières années, Tixier, à la Société de Chirurgie de Lyon, le 9 mars 1905, rapporte une observation d'adhérences discrètes du transverse.

Des observations analogues ont été publiées par Patel, Mayo Robson, Delvoie, Lœper et Chifoliau, Hartmann et Okinczyc. Potterat, en 1906, dans la

séance du 20 juin à la Société de Chirurgie, a présenté deux cas de péricolite adhésive sténosante et à l'opération de ses deux malades, M. Potterat avait été en présence d'adhérences du grand épiploon au transverse et au côlon ascendant.

Nous nous contenterons dans ce bref travail, de rappeler qu'il existe un localisation plus haute de l'inflammation péricolique gauche, inflammation pouvant remonter jusqu'à l'angle gauche du côlon et donnant parfois une symptomalogie différente, ou pour mieux dire fruste, sans les signes habituels de colite et de péricolite et de diagnostic délicat et bien difficile.

Si bien que l'on peut dire que la péricolite, bien que fréquente au niveau de l'appendice et de l'S iliaque, peut se voir également sur tout le trajet du côlon ascendant, transverse, angle gauche et descendant.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'infection est la cause des inflammations péricoliques. Parfois c'est dans les nombreux microbes, hôtes normaux du tube digestif, qu'il faut chercher l'origine de l'infection. La flore bactérienne n'est pas, dans le côlon, sensiblement différente de ce qu'elle est dans les autres segments intestinaux. Mais il y a là toute une étude bactériologique à faire. Un point cependant a déjà suscité des travaux. On s'est demandé pourquoi certains points du gros intestin étaient de véritables lieux d'élection de septicité, pourquoi l'infection se localisait de préférence en des segments donnés, toujours les mêmes. On sait que pour l'appendice, la richesse folliculaire de cet organe, sa constitution anatomique, véritable fistule borgne interne, cœcum de cœcum de Reclus, sont autant de causes prédisposantes à l'inflammation. Pour l'anse sigmoïde, sa longueur, sa mobilité, ses coudures prédisposent à la stase finale, cause éminemment favorable à l'infection.

Pour les angles, leur fixité est une cause d'arrêt

des matières, et de fait la constipation se trouve presque toujours facteur des péricolites.

Les matières accumulées jouent surtout vis-à-vis de la muqueuse un rôle irritatif, d'où hyperémie, puis véritables lésions ulcératives, à la faveur desquelles les microorganismes, dont la virulence est exaltée par la stase, pénètrent la paroi intestinale.

Ce sont dans ce premier groupe les *péricolites intestinales :* l'agent infectant venu de la muqueuse du côlon gagne le péritoine de proche en proche. Parfois, la voie d'accès devient secondairement plus large, une perforation met en communication directe la lumière intestinale et un péritoine qui, heureusement, a eu le temps d'opposer une barrière pseudo-membraneuse aux produits de l'infection.

Quenu et Duval, en 1902, ont rapporté de nombreux cas d'ulcère du gros intestin compliqué de péricolite.

Dans certains cas même, la perforation survient brusquement en plein péritoine et crée une péritonite suppurée diffuse. Jaboulay et Lejars en ont signalé quelques cas sur l'anse sigmoïde.

A côté de ce premier groupe de péricolites d'origine intestinale, nous devons placer les *péricolites extra-intestinales,* consécutives à des lésions plus ou moins anciennes des divers organes abdominaux : les inflammations génitales, les opérations sur les trompes, les ovaires, l'ablation d'un kyste, l'appendicectomie peuvent entraîner des adhérences solides qui soudent les anses intestinales aux organes voi-

sins, qui étranglent le côlon et infiltrent ses parois. La cholecystite, les inflammations et affections du pancréas, du duodénum et estomac, du rein même, auraient pu parfois être mis en cause, mais ici l'histoire de péricolites se confond avec celles des inflammations aiguës de l'organe dont elles dépendent, ce qui rend le diagnostic fort difficile.

En somme, à l'origine de la péricolite intestinale, on retrouve toujours une colite provoquée par une constipation et à l'origine des péricolites extra-intestinales, une infection d'un organe voisin et résumant la statistique de Lœper, on peut conclure que dans les trois quarts des cas la péricolite a une origine intestinale, et dans un quart seulement une origine biliaire, génitale ou opératoire.

SYMPTOMATOLOGIE

La péricolite se manifeste de façon différente suivant l'importance des adhérences et leur date d'apparition; au début elle se manifeste par quelques symptômes significatifs, la douleur, une défense musculaire et de l'empâtement.

La *douleur* est d'ordinaire la première en date, réduite, sourde, sensation de pesanteur permanente, localisée à la région malade ; à la suite d'efforts et de fatigue, pendant la digestion elle s'accentue et prend le caractère de tiraillements, de piqûres, parfois même de brûlures.

La palpation de l'abdomen la réveille en général.

Donc, douleur localisée en un point de l'abdomen, et bien souvent c'est le seul signe qui traduit une péricolite pourtant assez considérable. C'est le cas de notre malade. Plus souvent à cette douleur s'ajoutent deux autres signes qui permettent alors d'orienter le diagnostic :

la défense musculaire plus ou moins intense, appréciable à la palpation superficielle, ou seulement par une pression profonde. Elle est toujours localisée;

et *l'empâtement régional,* moins fréquent quand la

péricolite simple, reliquat cicatriciel, est réduite à quelques brides ou adhérences.

Au contraire, quand le processus inflammatoire est encore en activité on trouve presque toujours dans la région contracturée un placard à contours flous; la sensation de rénitence étant exceptionnelle.

Pas de constipation, ni de vomissement.

A côté de *cette forme de péricolite simple* à douleur localisée on peut avoir à faire à la

2° *Forme adhésive sténosante*, en général aboutissante de la précédente.

Il s'agit le plus souvent de malades qui souffraient depuis plusieurs années de douleurs sourdes, parfois vives rappelant les coliques, plus violentes quelques heures après l'ingestion d'aliments, et cela parfois avec une telle régularité que les malades s'abstiennent de s'alimenter.

La constipation est habituelle et parfois dure plusieurs jours, si bien que ces malades présentent quelques légers signes d'obstruction intestinale fruste, gonflement abdominal, tension dans la région malade, parfois nausées et vomissements, légère élévation de la température. La crise dure quelques jours et se termine par de petites débâcles de matières solides, bien moulées sans glaires, ni sang. Les laxatifs et les purgatifs amènent en général une amélioration passagère notable.

La radiographie peut montrer une certaine gêne de la distension colique à partir de la zone présumée malade.

Puis, à une période plus avancée, les malades souffrant toujours, redoutant cette douleur, s'abstiennent par suite de s'alimenter, maigrissent et prennent parfois l'habitus extérieur des cancéreux.

A l'examen à cette période, on peut trouver une tumeur allongée, irrégulière, bosselée et dure, très facile à sentir et à voir quand le ventre est ballonné. L'examen des autres organes ne révèlent rien, le foie et la rate sont normaux; les fonctions rénales sont parfaites; on pense à un cancer du côlon, et seule l'opération permet de constater qu'il s'agit simplement de péricolite adhésive.

3° Si la péricolite va de pair avec une colite, c'est *la forme intestinale à type de colite muco-membraneuse,* avec douleur d'intensité variable, tantôt douleur en barre (côlon transverse), tantôt pesanteur, tantôt brûlure plus ou moins localisée.

Le palper provoque cette douleur.

La constipation, maître symptôme de Mathieu, est habituelle, les matières sont étirées ou rubannées : les selles sont plus ou moins revêtues de mucus : glaires, peaux, membranes ressemblant à du blanc d'œuf.

A l'inspection, le ventre est distendu, flasque, tombant; on constate du spasme colique, corde de Glénard à gauche, intestin en chiffon de Langenhaye à droite.

Amaigrissement et légère température constante.

4° Enfin, une dernière forme est la *péricolite sup purée.*

Les douleurs sont plus aiguës, lancinantes, et pour les atténuer, les malades sont obligés de fléchir les cuisses sur le bassin.

Les signes généraux graves apparaissent : température élevée à 39°4, pouls à 110, 120, nausées, vomissements, état presque typhoïdique.

A la palpation, on trouve un plastron molasse et sous la résistance de la paroi on peut sentir un empâtement profond sans limites nettes.

A un degré de plus, c'est la péricolite avec péritonite généralisée qui peut se voir dans les cas d'ulcus du côlon, quand les adhérences n'ont pas eu le temps de se former.

Tels sont les différents types de péricolite. On voit qu'au point de vue anatomique ils se ramènent à trois principaux : adhérences plus ou moins étendues, péricolite plastique engaînante, abcès péricolique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de péricolite, quelque soit la forme sous laquelle elle se présente, est bien délicat et peut prêter à un nombre incalculable d'erreurs.

On comprend que les formes douloureuses puissent être aisément confondues avec une douleur d'une affection d'un organe voisin.

A droite, l'erreur sera commise avec une cholécystite, mais ici la douleur est localisée au bord inférieur du foie, point de Muphy, teinte subictérique des malades, crises douloureuses intermittentes, avec un ulcère du duodénum compliqué de périduodénite, et comment différencier une périhépatite et une périduodénite compliquée de péricolite, problème impossible à résoudre avant l'intervention.

A gauche, on ne confondra pas la péricolite avec la périsplénite des grosses rates paludiques :

Il faudra toujours éliminer les affections du rein.

Une colique néphrétique présente une douleur se propageant le long de l'uretère et des nerfs abdominaux à irradiations basses; l'examen des urines,

et surtout la pyélographie, montreront la présence de calculs.

Le cancer du rein peut se présenter avec une symptomatologie fruste, douloureuse sans tumeur, mais souvent il y a hématurie.

Il faudra penser également à ces douleurs survenant d'ordinaire chez les constipés chroniques, chez ces malades atteints de ptose généralisée, chez qui on a trouvé un rein mobile, l'estomac dilaté, les côlons ectasiés. C'est l'état de ces gens qu'on a décrit sous le nom de dilatation gastro-colique.

Dans la forme plus ancienne de péricolite adhésive sténosée, on est en présence d'une tumeur bien localisée et le diagnostic, dans ces cas, devient d'autant plus délicat que l'amaigrissement, la cachexie y sont en général assez accentués.

Après avoir éliminé, à droite, le kyste hydatique du foie, les tumeurs des voies biliaires et du pylore;

A gauche, le kyste hydatique de la rate, et surtout les affections du rein, l'hydronéphose (avec ses débâcles urinaires allant de pair avec la chute de la température et la disparition de la tumeur), les tumeurs du rein (avec leur hématurie, leur tumeur lombaire à contact lombaire, leur douleur); on pensera aussi à la dilatation dite idiophatique du gros intestin ou maladie de Hirschping, dont Duval a fait une étude détaillée dans la Revue de Chirurgie. Cette dilatation du gros intestin se caractérise par une tumeur globuleuse, dure et pierreuse, gardant parfois l'empreinte du doigt. Mais c'est surtout le *cancer*

qu'il faudra éliminer avant tout, d'autant plus que ces malades présentent un habitus extérieur des cancéreux typhiques.

L'existence dans les antécédents d'irritations intestinales prolongées, de poussées fébriles à point de départ vraisemblablement intestinal, la présence d'empâtement douloureux, la variabilité, la consistance et l'immobilité de la tumeur, la longue durée de son évolution, la résistance du malade qui contraste avec son aspect cachectique, constituent les principaux éléments d'un diagnostic différentiel.

L'erreur est malheureusement facile et elle a été faite dans la plupart des observations publiées.

L'examen du sang pourrait donner quelques indications que s'il accuse une leucocytose polynucléaire marquée.

Une dernière difficulté se présente encore et qui consiste à ne pas confondre la péricolite banale, inflammatoire, non spécifique, avec la tuberculose intestinale limitée ou péritonéo-intestinale. Cette forme de tuberculose se localise parfois aux angles, donne naissance à des tumeurs ou à des sténoses dont les signes physiques et fonctionnels ressemblent à ceux des tumeurs autant qu'à ceux des pécicolites banales. Devant l'insuffisance de nos moyens cliniques, on devra rechercher le bacille dans les selles.

La radiographie dans le cas de cette forme de péricolite avec tumeur ne semble pas pouvoir apporter de renseignements précis. Si elle nous montre en effet, parfois, un rétrécissement, une coudure ou une

déformation du côlon, elle ne nous permet pas d'en préciser la nature néoplasique, inflammatoire ou tuberculeuse.

Dans la forme suppurée, c'est un diagnostic d'intervention qui se présente.

TRAITEMENT

Dans les formes aiguës, où l'on peut craindre la formation d'un abcès, on prescrira tout d'abord le repos, la glace, l'immobilisation de l'intestin. Ce n'est qu'après quelques jours d'attente, et si l'inflammation s'étend, si les symptômes généraux s'aggravent, que l'on se décidera à intervenir.

Dans les formes plastiques, on administrera les purgatifs légers, l'huile de ricin à petites doses, et l'on conseillera le repos absolu au lit. Alors même qu'il existe une véritable tumeur inflammatoire, ce traitement peut suffire à amender rapidement la maladie.

Le traitement chirurgical, traitement de choix, est surtout institué dans les occlusions intestinales, et dans les cas où tout traitement médical n'a amené aucune amélioration, comme chez notre malade.

La diathermie, les rayons ultra-violets ont peu d'action sur les adhérences.

Libérer l'intestin de ses adhérences, sectionner et supprimer les brides qui l'enserrent étroitement, est la conduite à tenir pendant l'intervention, et parfois

même si les adhérences sont très vastes, après les ligatures multiples et sections multiples, de nouvelles adhérences pouvant se produire, une voie de dérivation pourrait se faire, anastomose d'intestins situés en amont et en aval.

Quelle que soit donc la thérapeutique employée, la péricolite se termine dans la majorité des cas par la guérison, et si, pendant toute la durée de son évolution elle donne au clinicien de si grandes inquiétudes, elle lui réserve aussi plus ou moins tôt la très agréable surprise d'une régression spontanée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Malade du Dr R.-A. Gutmann, opérée par le Pr Gosset).

Madame S..., 39 ans.

Antécédents : Traitée l'an dernier pour métrite, depuis règles un peu abondantes toutes les 3 semaines.

Vient consulter le 15 juin 1922 parce que, depuis un an, elle souffre de douleurs épigastriques survenant à heure fixe, particulièrement la nuit. Elle dit être réveillée vers 2 à 3 heures du matin par cette douleur qu'elle calme par l'ingestion d'aliments. Le bicarbonate ne la soulage pas.

Dans la journée, elle souffre vers 10 heures du matin et 5 heures du soir, mais d'une façon moins vive que la nuit. De plus elle n'est jamais restée un laps de temps plus ou moins long sans souffrir.

N'a jamais examiné ses selles.

Malade nerveuse; insomnie fréquente.

A l'examen, on trouve des réflexes normaux.

A la palpation de l'abdomen, pas de douleur vésiculaire, douleur de la région duodénale; surtout une sensibilité de la région prévertébrale.

Rien sur le trajet du colon.

Rein droit ptosé.

Le 19 juin 1922, on pratique un tubage duodénal : Liquide à jeun abondant et bilieux.

Gunsbourg positif.

Weber légèrement positive.

Dans le duodena, le Gunsbourg est négatif ainsi que le Weber.

Le 20 octobre 1922, à l'examen le point douloureux persiste et est net à la pression du carrefour. La peau du ventre semble un peu jaune.

Le 13 novembre 1922, la malade, qui porte une ceinture et a pris du kaolinase et de la belladone, ne souffre plus de l'estomac. Pourtant il reste un point douloureux que l'on croit localisé à l'aorte.

Le 2 juillet 1923, la malade se fait opérer (appendicectomie, utérus et un ovaire enlevés).

Depuis l'opération, ne souffre plus du côté droit.

Le 4 novembre 1923, vient de nouveau à la consultation, parce qu'elle présente *quelques douleurs vagues du côté gauche*. Pourtant elle dit se trouver bien, car tous les malaises antérieurs décrits ont complètement disparu.

Le 24 décembre 1923, nous dit qu'elle a continué à souffrir du côté gauche. A l'examen, douleur de la région de l'angle colique gauche vérifié à la radio. Celle-ci montre le bulbe duodénal normal; les encoches spasmodiques vues à un examen antérieur ont disparu; sensibilité localisée à l'angle gauche du colon.

Le 25 mai 1924, la malade présente depuis quelques mois une douleur différente de celle d'autrefois : douleur du côté gauche du ventre, constante et fixe, et devenant de plus en plus accentuée.

A l'examen : douleur correspondant au colon descendant. Pas d'empâtement ni boudin colique.

La malade n'est pas constipée.

La belladone, l'atropine, les rayons ultra-violets, la diathermie essayés n'ont produit aucune amélioration.

La malade se décide à l'opération.

Opérée le 12 juillet 1924. Laparotomie. Incision transverse gauche sus-ombilicale. On trouve :

1° Epiploïte fibreuse avec étoile blanche de tout l'épiploon gauche;

2° Un voile membraneux passant devant l'angle gauche du colon, la moitié gauche du transverse et la partie supérieure du descendant sont spasmés du diamètre à peine du gros pouce.

Résection complète au ras du colon gauche de tout l'épiploon. Immédiatement après on a vu le colon se dilater.

Rien à l'estomac.

Fermeture à la soie, sans drain.

Suites : La malade cesse de souffrir dès le 4e jour, période pendant laquelle elle a la gêne habituelle pour rendre ses gaz.

Sortie le 15 septembre complètement guérie.

OBSERVATION II

(Malade du Dr R.-A. Gutmann, non opérée).

Madame M..., âgée de 22 ans, soignée pour salpingite double depuis plusieurs années. A souffert de douleurs dans les deux fosses iliaques. La malade a été toujours constipée et les selles provoquent une sensation de déchirement dans la fosse iliaque gauche depuis plus de 3 ans (douleurs sans doute salpingiennes).

Depuis 1 an, à ces douleurs, surtout de la fosse iliaque gauche, est venue se surajouter *une douleur a caractère de pesanteur dans l'hypocondre gauche.*

La malade souffre des journées entières, mais cette douleur est très instable, disparaît par le repos, réappa-

raît le matin au lever, sans rapport aucun avec les repas.

La constipation est habituelle. Les selles sont dures, sans glaires ni sang.

La malade n'a jamais vomi, seulement quelques nausées de temps à autre.

A l'examen : l'abdomen est souple; douleur localisée le long du colon descendant et de l'angle gauche, vérifiée à la radioscopie.

La belladone et la diathermie n'ont amené aucune amélioration.

Nous pensons donc qu'il s'agit vraisemblablement d'une péricolite gauche à symptomatologie fruste, consistant en une douleur localisée de l'hypocondre gauche, et seule l'intervention permettra de vérifier le diagnostic.

CONCLUSIONS

1° L'inflammation péricolique peut se voir sur tout le trajet du gros intestin. Après les remarquables travaux sur la pérityphite, la périsigmoïdite, la péricolite du côlon ascendant, nous rappelons l'existence de la péricolite de l'angle gauche du côlon.

2° La symptomatologie de cette localisation haute haute peut être fruste, consistant uniquement pendant des années en une *douleur fixe, constante, localisée* à l'hypocondre gauche, sans constipation, ni empâtement, ni boudin colique.

3° Le diagnostic, dans ces cas, est alors fort délicat et souvent impossible avant toute inverventión.

4° Le traitement de choix est la résection des adhérences, les moyens physiques actuels ne pouvant les faire disparaître.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
A. GOSSET.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Le Dentec et Delbet. — Affections chirurgicales du gros intestin.

Collection Sergent. — Tube digestif.

TIXIER. — *Société de Chirurgie de Lyon,* 9 mars 1905.

PATEL. — *Société de Chirurgie de Lyon,* 7 février 1907.

POTHERAT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1906-1907, pp. 609 et 1228.

MAYO ROLSON. — *British Medical Journal,* 1908.

DUVAL. — *Archives des Maladies du tube digestif,* 1910.

HARTMANN et OKINCZYC. — *Travaux de Chirurgie,* 1907 (Steinheld).

DELVOIE. — *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 8 janvier 1908.

LŒPER. — Entérites partielles pseudo-cancéreuses d'origine inflammatoire (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique,* 10 septembre 1909).

Guillaume-Louis DE SONIS. — Les sigmoïdites et périsigmoïdites (*Archives Médico-Chirurgicales de Province,* juillet 1922).

SOULLAUT. — *Thèse de Paris,* 1906.

LEJARS. — Les périsigmoïdites (*Semaine médicale,* 27 janvier 1904).

Albet CATZ. — Les sigmoïdites et périsigmoïdites (*Gazette*

GUILLAUME. — *Les Colotyphlites.*

BURLATON. — *Thèse de Lyon,* 1920.

ENRIQUEZ. — Séquelles de l'appendicectomie (*Journal de Lucas Championnière*).

REGNIER. — *Thèse de Lyon,* 1898.

CHAUVEAU. — L'appendicite à gauche (*Thèse de Paris,* 1906).

Boston Medical and Surgical, 19 février 1914. — Des adhérences péricoliques.

Quelques cas d'absence totale du péroné